



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637442

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUSPECTOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARLES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ANALIA		2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
		Primer Apellido		Dia 28 Mes 05 Año 1936	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	SAN LUIS POTOSI	LARA 3605 2805 SPLA NO 3	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Extranjera <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)						
DE LA DEFUNCIÓN	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para menores de un año	9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	CALLE			
							En unión libre <input type="radio"/> 4	10.2 Número de la vialidad	ACONTLA 73			
							Divorciado(a) <input type="radio"/> 5	10.3 Núm. Exterior	COLONIA			
							Soltero(a) <input type="radio"/> 1	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			
							Se ignora <input type="radio"/> 9					
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 4	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	10.7 Código Postal			
	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 9	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	ANA DEL CASI	Ninguna <input type="radio"/> 1	10.8 Localidad			
							12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 2	10.9 Municipio o Alcaldía			
							No <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	10.10 Entidad federativa			
							Se ignora <input type="radio"/> 8	SEMAN <input type="radio"/> 6				
								IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10				
DEL INF.	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	HOSPITAL COOPERATIVO TAAZUNCALTE				14.1 Nombre de la unidad médica	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAN <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	S P S S A 0 0 0 1 7 0	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	LA PITAHAYA	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior		
								LA PITAHAYA	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
								TAAZUNCALTE	15.7 Código Postal	15.8 Localidad		
								SAN LUIS POTOSI				
DEL CERTIFICANTE	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	2 4 0 7 2 0 2 0 1 6 0 0	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
	Día <input type="radio"/> 2	Mes <input type="radio"/> 4	Año <input type="radio"/> 0	Horas <input type="radio"/> 16	Minutos <input type="radio"/> 00	Si <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
DEL REG. CIVIL	20. NOMBRE	JUANA IRMA ESPINOZA		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	
		Nombre(s)	Primer Apellido	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
				42 días a 11 meses	42 días a 11 meses	42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4						
3. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	23. NOMBRE	LILIANA GUTIERREZ TAPIA		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	9225563				
					Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la credencial profesional				
DEL REG. CIVIL	27. NOMBRE	DRA. KAREN GUADALUPE GUTIERREZ TAPIA		28. FIRMA	29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		CARRETERA TAAZUNCALTE SAN MARTIN KM 6.5						
						LA PITAHAYA						
						29.6 Nombre del asentamiento humano						
						29.7 Código Postal						
						29.8 Localidad						
3. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	33. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
	Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	24. Dia 24									
	31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	Mes 07									
		32.3 Entidad federativa	Año 2020									

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRARLA

200637442

